

Améliorer l'accès aux services des urgences : Un engagement du système



Résumé du rapport du Groupe de travail
sur l'efficacité des services ambulanciers et
des services des urgences des hôpitaux

Présenté à l'honorable George Smitherman,
ministre de la Santé et des Soins de longue durée

Été 2005

Le 31 juillet 2005

L'honorable George Smitherman
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Gouvernement de l'Ontario
10^e étage, édifice Hepburn
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 2C4

Monsieur le ministre,

C'est avec grand plaisir que le Groupe de travail sur l'efficacité des services ambulanciers et des services des urgences des hôpitaux vous présente son rapport. Dans le cadre de son mandat, le groupe a examiné les recommandations d'autres groupes de travail et comités, les meilleures pratiques de l'Ontario, du Canada et de l'étranger ainsi que les travaux de recherche disponibles. Nous sommes confiants que le rapport soumis présente précisément les faits et que, s'il est mis en œuvre dans sa totalité, il produira une réduction considérable et viable des délais de déchargement des ambulances et de l'engorgement des services des urgences, ainsi qu'une transformation du système afin d'améliorer les soins aux patients et l'expérience des patients dans les ambulances et les hôpitaux.

Bien que le corps du rapport et ses 15 recommandations soient organisés selon le parcours du patient au sein du système de soins d'urgence, les trois thèmes suivants émergent :

- 1. Engagement du système** – Un engagement de tous les intervenants constitue la condition fondamentale pour la diminution de l'engorgement des services des urgences et des délais de déchargement des ambulances. De nombreuses initiatives précédentes ont échoué parce qu'elles portaient uniquement sur la composante des services des urgences. Les hôpitaux et les collectivités doivent reconnaître que l'engorgement des services des urgences est un symptôme de problèmes systémiques et qu'il exige des changements prioritaires. De plus, l'intégration avec d'autres initiatives dans le programme de transformation de la Réforme des soins primaires et la Stratégie de réduction des temps d'attente favoriseront la viabilité des améliorations.
- 2. Responsabilisation** – Les intervenants en matière de soins d'urgence au patient doivent être responsables les uns envers les autres, ainsi qu'envers tous les citoyens de l'Ontario. La conception et la collecte d'indicateurs de rendement clés permettront d'effectuer un suivi des progrès. La mise en œuvre par le ministère des mesures incitatives et désincitatives pour les hôpitaux et les services ambulanciers guidera l'évolution des améliorations du système contenues dans le présent rapport.
- 3. Capacité** – Les besoins en matière de ressources générés par les admissions dans les hôpitaux provenant des services des urgences peuvent être prévus sur une base quotidienne, saisonnière et régionale. En se fondant sur des méthodologies de modélisation objectives, la capacité doit être définie et augmentée par l'entremise de gains d'efficacité, de reports d'autres services et de solutions novatrices, tout en considérant l'ajout de lits de soins actifs uniquement en dernier recours. De plus, l'augmentation de la capacité peut avoir lieu dans la collectivité, conformément avec le plan du gouvernement de permettre aux patients de demeurer dans leur collectivité pour recevoir des soins.

L'engorgement des services des urgences et les délais de déchargement des ambulances qui en résultent sont des problèmes à l'échelle nationale. Le gouvernement de l'Ontario a récemment fait preuve de leadership dans le dossier des temps d'attente en augmentant le nombre de médecins et d'infirmières et en améliorant les soins communautaires. La création du Groupe de travail sur l'efficacité des services ambulanciers et des services des urgences des hôpitaux démontre votre compréhension des enjeux et votre détermination à trouver des solutions. La mise en œuvre des recommandations du rapport signifiera sans contredit et de manière claire que vous faites preuve de leadership à l'égard de la réforme des soins de santé au Canada et, surtout, permettra à nos patients de recevoir les soins appropriés, à l'endroit approprié et au moment approprié.

Nous vous soumettons respectueusement le présent rapport.

Veuillez agréer, Monsieur le ministre, l'expression de notre plus haute considération.



Brian Schwartz,
au nom du Groupe de travail sur l'efficacité des services ambulanciers et des services des urgences des hôpitaux :

Dan Cass
Michael Christian
Peter Dundas

Bruce Farr
Louise LeBlanc
Lorraine Ladha

Chris Mazza
Mary Kardos Burton
Gary Bragagnolo

Narendra Shah
Marnie Weber
Rosalind Smith

Résumé

Pourquoi a-t-on commandé ce rapport?

Les longs délais de déchargement des ambulances dans les services des urgences, en Ontario, sont un phénomène relativement nouveau, mais l'encombrement des services des urgences (SU) pose un problème à l'échelle provinciale et nationale depuis environ 20 ans.

En février 2005, pour répondre aux questions soulevées par des intervenants comme les services médicaux d'urgence (SMU) et les responsables des administrations municipales à Ottawa et Toronto, le ministre de la Santé, George Smitherman, a mis sur pied le Groupe de travail sur l'efficacité des services ambulanciers et des services des urgences des hôpitaux (GTESASUH) chargé de conseiller le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario sur le temps de déchargement des ambulances dans les SU.

Quel est le but du rapport sur l'efficacité des services ambulanciers et des services des urgences?

Ce rapport du groupe de travail contient des recommandations. Si elles sont appliquées, ces recommandations, à court terme, favoriseront le « retour à la rue » des ambulances et, à long terme, réduiront les contraintes auxquelles font face les SU. Parallèlement à d'autres initiatives stratégiques comme la Stratégie de réduction des temps d'attente et la Réforme des soins primaires, et à l'évolution observée dans la province dans les soins aux malades en phase critique et la médecine ambulante, on note qu'il y a des moyens de réduire le nombre de patients qui arrivent aux SU en ambulance, de maximiser le mouvement des patients de manière à ce qu'ils aient accès aux ressources hospitalières appropriées et surtout, d'améliorer la qualité de l'expérience des patients dans les SU, en veillant à ce qu'ils soient soignés rapidement et efficacement.

Qu'est-ce qui a orienté les délibérations du groupe de travail?

Le groupe de travail s'est attaché aux recommandations selon l'ordre de priorité suivant :

1. les besoins du patient;
2. l'intégration des compétences des fournisseurs de soins;
3. l'utilisation efficace et efficiente des ressources.

Le groupe de travail a aussi suivi des principes ayant trait à la nécessité de trouver des solutions systémiques pour que les patients reçoivent des soins optimaux, dans une ambiance convenable, et pour que les normes sur les soins et la sécurité soient uniformes dans tout le système.

Quelle est la principale cause des longues attentes pour les ambulances dans les SU?

La principale cause des longs délais de déchargement des ambulances (DDA) est le **manque de capacité** de traiter les malades dans les hôpitaux, qui entraîne l'allongement de la durée du séjour au service des urgences (DSSU) et l'encombrement des SU^{1, 2, 3, 4}. Au fil des ans, des patients qui auraient été mieux soignés dans un autre milieu sont demeurés dans des lits réservés aux soins actifs. À cause de la restructuration du système hospitalier et des contraintes financières, on a réduit le nombre de lits réservés aux soins actifs, sans toutefois prévoir les services de soutien nécessaires dans la collectivité. Ainsi des malades hospitalisés ont dû être soignés dans les SU, ce qui a entraîné l'encombrement des SU et, par conséquent, de longs DDA qui ont eu pour effet de retarder l'intervention des services d'ambulance pour les gens qui composent le 911.

¹ Zahn C., présentation du Réseau universitaire de santé au Groupe de travail sur l'ESASUH, 7 mars 2005.

² Tyberg J., présentation du Toronto Emergency Access Committee au Groupe de travail sur l'ESASUH, 7 mars 2005.

³ Schull M., présentation de l'Institut de recherche en services de santé au Groupe de travail sur l'ESASUH, 21 mars 2005.

⁴ Prise de position conjointe de l'ACMU/ANIU : *Access to Acute Care in the Setting of Emergency Department Overcrowding*, mars 2003.

Que pouvons-nous apprendre des autres?

Les meilleures pratiques sont un élément clé de ce rapport. Elles permettront aux intervenants d'améliorer leurs méthodes et d'atteindre les seuils-repères fixés dans les recommandations, notamment :

- la répartition équitable et médicalement convenable des patients qui doivent recevoir les soins des SU;
- l'accès rapide aux services d'imagerie diagnostique, aux tests effectués en laboratoire et aux consultations spécialisées, ainsi que la prise de décision dans un délai raisonnable;
- le transfert rapide des patients aux unités appropriées, à d'autres installations ou à une maison de soins.

Qu'est-ce que le groupe de travail a recommandé?

Des solutions à court terme et à long terme s'imposent. Au cours des prochains mois, il **faudra** réduire sensiblement les délais de déchargement des ambulances, car le système a presque atteint un point de rupture dans certaines régions de la province. Pour améliorer la situation, l'application des recommandations pour le long terme est cruciale.

Les recommandations sont réparties en quatre groupes :

1. des recommandations pour les soins pré-hospitaliers (service de pré-urgence), dont la responsabilité incombe en grande partie aux services médicaux d'urgence et aux groupes chargés des soins primaires;
2. des recommandations pour les SU, notamment les normes régissant l'évaluation des patients, le diagnostic, la consultation et la prise de décision;
3. des recommandations pour améliorer le transfert des patients des SU aux services de soins multidisciplinaires ou le suivi (service de post-urgence), notamment le transfert rapide aux unités appropriées et à un autre hôpital au besoin, et l'accès aux services de soins non actifs;
4. la surveillance et la responsabilisation, y compris les principaux indicateurs de rendement, les seuils-repères et les recommandations concernant la responsabilisation des intervenants pour l'atteinte des seuils-repères.

Toutes les recommandations du groupe sont importantes et devraient être considérées dans leur ensemble, mais les points suivants sont essentiels si l'on veut réussir à améliorer le DDA et la DSSU :

Recommandations cruciales :

Que les seuils-repères fixés pour les principaux indicateurs de rendement (PIR) suivants sur le délai de déchargement des ambulances et l'encombrement des services des urgences fassent partie du cadre de responsabilisation des hôpitaux :

- **le temps qui s'écoule entre le moment où le patient/l'ambulance arrive et celui où il est placé sur une civière du SU (délai de déchargement des ambulances – DDA) ou à un endroit où il pourra être soigné (temps d'attente du patient);**
- **le temps qui s'écoule entre le moment où le patient est placé sur une civière du SU et celui où il est admis dans une unité appropriée ou celui où il obtient son congé (durée du séjour au SU).**

En outre, on recommande que le MSSLD et l'Association des hôpitaux de l'Ontario (AHO) veillent à ce que ces indicateurs soient mentionnés dans le rapport de l'hôpital sur les soins d'urgence (Recommandation 4.2).

De plus, l'atteinte de ces seuils-repères devrait être liée à des mesures incitatives. Le MSSLD devrait collaborer avec l'AHO, le Comité mixte des politiques et de la planification (CMPP), les hôpitaux et les SMU pour déterminer s'il y a lieu d'intégrer le rendement des SU et les mesures sur le déchargement des ambulances aux accords de responsabilisation, aux ententes de financement et à la méthodologie pertinente du ministère.

La durée du séjour au service d'urgence (DSSU) est la période qui s'écoule entre l'inscription des patients et le moment où une décision est prise. En Ontario, la médiane et les 90^e centiles pour la DSSU sont de 2,0 heures et de 6,6 heures, respectivement⁵. Dans le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre-Toronto et le Réseau local d'intégration des services de santé de la région du Grand Toronto, les 90^e centiles pour la DSSU dépassent 11 et 8 heures, respectivement⁶. Dans l'annexe C, les données sur la DSSU sont réparties selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ECTG), et on fait une distinction entre les patients qui arrivent à l'hôpital en ambulance et ceux qui utilisent leurs propres moyens. La diminution de 10-20 % de la DSSU, notamment dans les régions où elle est allongée, donnerait un nombre suffisant d'heures pour dispenser rapidement des soins aux patients dont l'état demande une intervention d'urgence.

On recommande d'adopter un seuil-repère de DSSU de six heures (90^e centile) sur une période de deux à trois ans. Les responsables savent que la nécessité de s'attaquer au problème de la DSSU pose différents défis à l'ensemble des hôpitaux et que tous ne sont pas « sur un pied d'égalité ». Donc, **le groupe de travail recommande que les hôpitaux améliorent de 10 % la DSSU tous les six mois jusqu'à ce qu'ils atteignent le seuil-repère.**

La responsabilisation et l'engagement au niveau du PDG et du conseil d'administration de l'hôpital sont les éléments clés de l'atteinte de ces seuils-repères. La procédure concernant la DSSU est un système d'hôpital, et non pas une question de SU. On doit la considérer en prévoyant des résultats précis et des mesures incitatives, si l'on veut que l'initiative réussisse.

Qu'on élabore un modèle en série chronologique pour prédire avec exactitude les besoins en ressources pour les patients hospitalisés, qui serait généré par l'information sur les admissions dans les SU et les rectifications. Au besoin, le financement dépendrait des conclusions du modèle. Les réseaux devraient réévaluer le rôle de chaque hôpital pour ce qui est de répondre aux besoins des patients qui doivent recevoir des soins d'urgence, dans leur collectivité, et communiquer l'information aux SMU.

Les hôpitaux doivent transférer les patients des SU aux unités appropriées dans les meilleurs délais, en améliorant le mouvement des patients, en réduisant la durée du séjour des patients et en appliquant un protocole sur la pleine capacité des services d'urgence pour certains patients admis sans qu'un lit soit mis à leur disposition, au besoin (Recommandation 3.1).

Les hôpitaux devraient examiner les types d'admissions de patients hospitalisés indiqués par leur SU et leur nombre, et structurer les admissions facultatives en conséquence, afin d'optimiser l'utilisation des lits et le mouvement des patients. Il faut notamment maintenir ou accroître le nombre de lits en médecine interne générale et, au besoin, prévoir un financement pour les admissions dans les SU.

On peut recourir à des modèles mathématiques pour prédire l'utilisation des ressources des hôpitaux selon les admissions par l'entremise des SU. Les techniques de modélisation en série chronologique peuvent prédire l'utilisation selon la saison⁷, le jour de la semaine et l'heure de la journée pour permettre de déterminer objectivement les ressources à consacrer aux patients hospitalisés, dans un certain hôpital, pour une période précise.

Il faudrait réévaluer et appliquer les protocoles et les pratiques des hôpitaux en ce qui a trait à la planification des mises en congé des patients, aux ordonnances des médecins à cet égard, au départ des patients mis en congé et à la nécessité pour le personnel de veiller à ce que la ressource soit rapidement mise à la disposition du patient suivant.

Un *protocole sur la pleine capacité du service d'urgence*⁸, qui a été adopté dans certaines parties de l'État de New York, a non seulement servi à améliorer le transfert des patients dans les unités appropriées, mais aussi les soins fournis aux patients. Ce système devrait être adopté dans certaines circonstances, pour que le patient soit placé au bon endroit, afin de recevoir les meilleurs soins possible.

⁵ Schull M., présentation de l'Institut de recherche en services de santé au Groupe de travail sur l'ESASU, 21 mars 2005.

⁶ *Ibid.*

⁷ Upshur, R et al. *Simplicity within complexity: Seasonality and predictability of hospital admissions in the province of Ontario 1988-2001, a population-based analysis*. BMC Health Services Research 2005; 5: 13. Adresse Internet : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/13>

⁸ Vecillio, P. *Emergency Department Full Capacity Protocol*. Stony Brook University Hospital and Medical Center Administrative Policies and procedures, 2001. Site consulté : <http://www.viccellio.com/fullcapacity.htm>

Qu'on crée immédiatement une équipe chargée d'assurer la qualité des SU et des services ambulanciers, pour aider le MSSLD à appliquer ces recommandations et pour :

- **évaluer la conformité aux seuils-repères ainsi que l'accès aux SU et aux SMU;**
- **après une année de surveillance, déterminer avec le Comité mixte des politiques et de la planification (CMPP) à quel point les mesures de rendement pertinentes pourraient être intégrées à l'accord sur la responsabilisation des hôpitaux 2006-2007;**
- **recommander les mesures correctrices appropriées (Recommandation 4.6).**

Le MSSLD prouvera son engagement à l'égard de l'initiative sur le DDA et la DSSU en créant et en finançant une équipe de mise en oeuvre constituée de spécialistes qui travaillent aux SMU et aux SU, qui assurent le transport entre les établissements, la direction de l'hôpital et les soins aux patients, ainsi que de représentants de l'Institut de recherche en services de santé, de CritiCall (s'ils s'occupent de la collecte de données) et du gouvernement, pour recueillir et examiner les données, préciser les mesures à prendre, évaluer la conformité aux seuils-repères et l'accès aux SU, et pour conseiller le MSSLD relativement aux démarches ultérieures, afin de garantir la réussite des initiatives sur les SU et le déchargement des ambulances. Ce groupe qui relèvera du SMA, Division des services en matière de soins actifs, surveillera les répercussions des solutions et garantira les communications officielles fréquentes avec les intervenants à propos des résultats et des meilleures pratiques démontrées. Il pourrait aussi aider les hôpitaux à appliquer les meilleures pratiques pour l'atteinte des objectifs fixés.

Ce que nous espérons accomplir

Comme les SMU et les SU sont très fréquentés (5 millions de visites aux SU par année) et très visibles, ils servent d'indicateur pour la réforme des soins de santé en Ontario. L'amélioration de l'accès aux SMU ainsi que la qualité des SMU et des services d'urgence susciteront **la confiance** dans l'ensemble du processus de transformation et dans le système de santé de l'Ontario.

Un engagement systémique, significatif et soutenu par tous les fournisseurs s'impose si l'on veut améliorer les interventions, les résultats et la satisfaction des patients ainsi que le moral des fournisseurs de soins et l'efficacité de notre système de santé. Comme l'indiquent les données pour le Royaume-Uni⁹, des améliorations tangibles, globales et mesurables sont possibles.

Les clés du changement viable sont l'engagement et la responsabilisation. L'engagement de la part des SMU, des hôpitaux, des fournisseurs de soins des collectivités et du gouvernement. L'obligation de rendre compte à ses pairs, aux fournisseurs de soins, au gouvernement et surtout, aux citoyens de l'Ontario qui sont nos patients et qui méritent de recevoir, au bon endroit, des soins appropriés, fournis par la bonne personne, au bon moment.

Le Groupe de travail sur l'ESASUH tient à souligner l'excellent travail et les efforts inlassables des groupes actuels et des groupes antérieurs, ainsi que le dévouement des éminents professionnels qui travaillent dans les SU et les SMU de la province chaque jour. Ce sont leurs efforts qui font que le système de santé de l'Ontario figure parmi les meilleurs au monde, et qui nous aideront à réaliser la transition vers un système de santé simplifié, efficace et optimal.

⁹ Alberti G. *Transforming Emergency Care in England*. COI Communications, ministère de la Santé, Royaume-Uni, octobre 2004.
Site consulté : www.dh.gov.uk/publications

